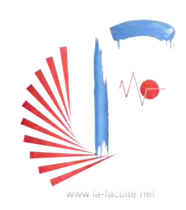
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful













Adénopathies - Splénomégalie

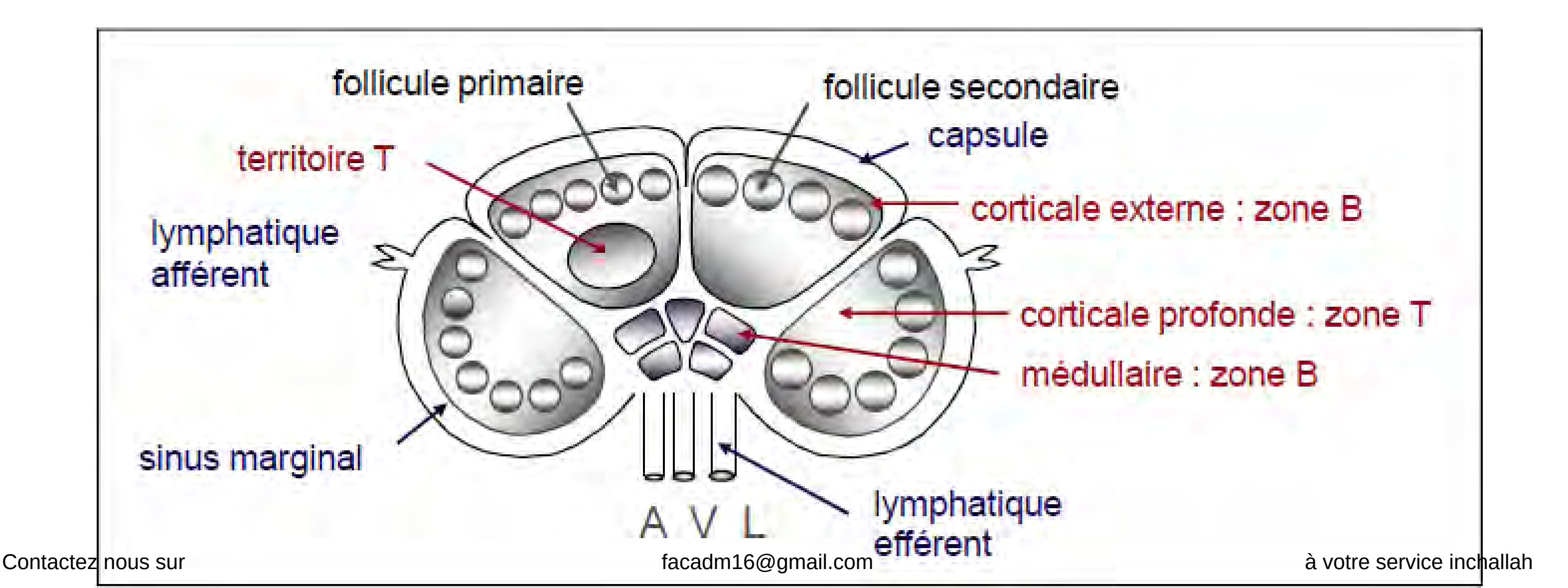
Saadaoui. Y
Service de médecine interne
Hôpital de kouba

Ganglions lymphatiques

- Organes lymphoïdes secondaires (comme la rate et les plaques de Peyer)
- Siège de la 1ère étape de la réaction immunitaire :

  - présentation d'antigène par cellules macrophagiques (cellules réticulaires dendritiques)

  - activation et expansion clonale des lymphocytes T et B → réponse cellulaire et humorale



Adénopathies

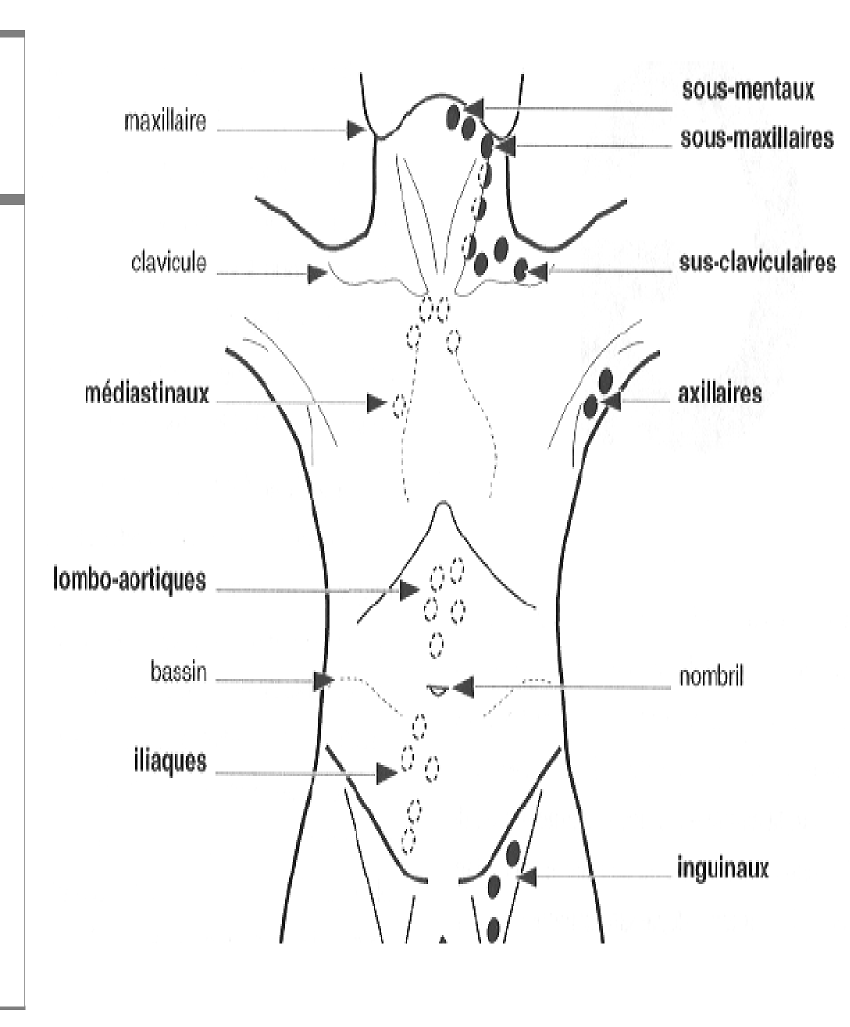
- Augmentation de volume d'un (ou plusieurs) ganglion(s) lymphatique(s)
- Étiologies multiples
- Démarche clinique méthodique / bon sens

Mécanismes

- Prolifération lymphocytaire réactionnelle à la stimulation antigénique loco-régionale (infectieuse ou tumorale) ou générale (infectieuse ou dysimmunitaire)
- Accumulation de cellules granuleuses et/ou d’histiocytes lors de réactions inflammatoires aiguës ou chroniques
- Prolifération tumorale primitive du tissu lymphoïde (lymphomes malins)
- Colonisation par des cellules tumorales non lymphoïdes (métastases ganglionnaires)

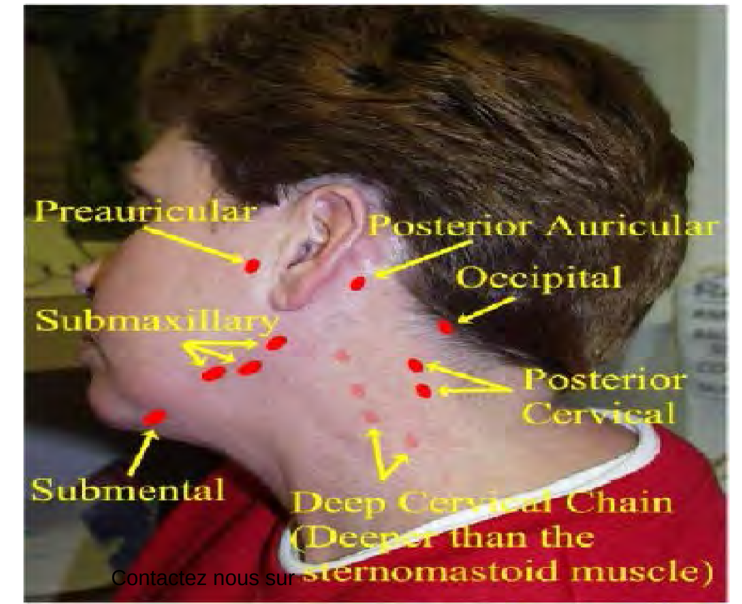
Aires ganglionnaires

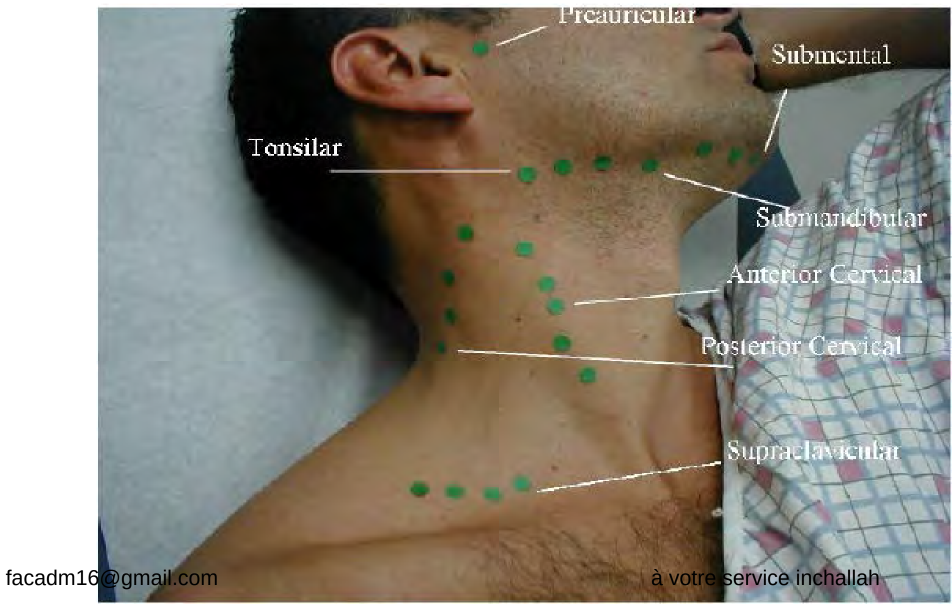
superficielles	profondes
- cervicales : sous-maxillaires jugulo-carotidiennes spinales, trapéziennes - sus-claviculaires - axillaires - inguinales (Scarpa, rétrocrurales) - épitrochléennes, poplitées	- médiastinales : latérotrachéales, interbronchiques péribronchiques - abdominales : rétropéritonéales mésentériques - pelviennes : iliaques internes iliaques externes



Région cervicale

Préauriculaire ou Pré-tragien
Rétro-auriculaire ou Mastoïdien
Occipital
Amygdalien
Spinaux
Sous menton.
Jugulo-carotidiens
Sous-maxillaires
Cervical profond
Sus-claviculaires



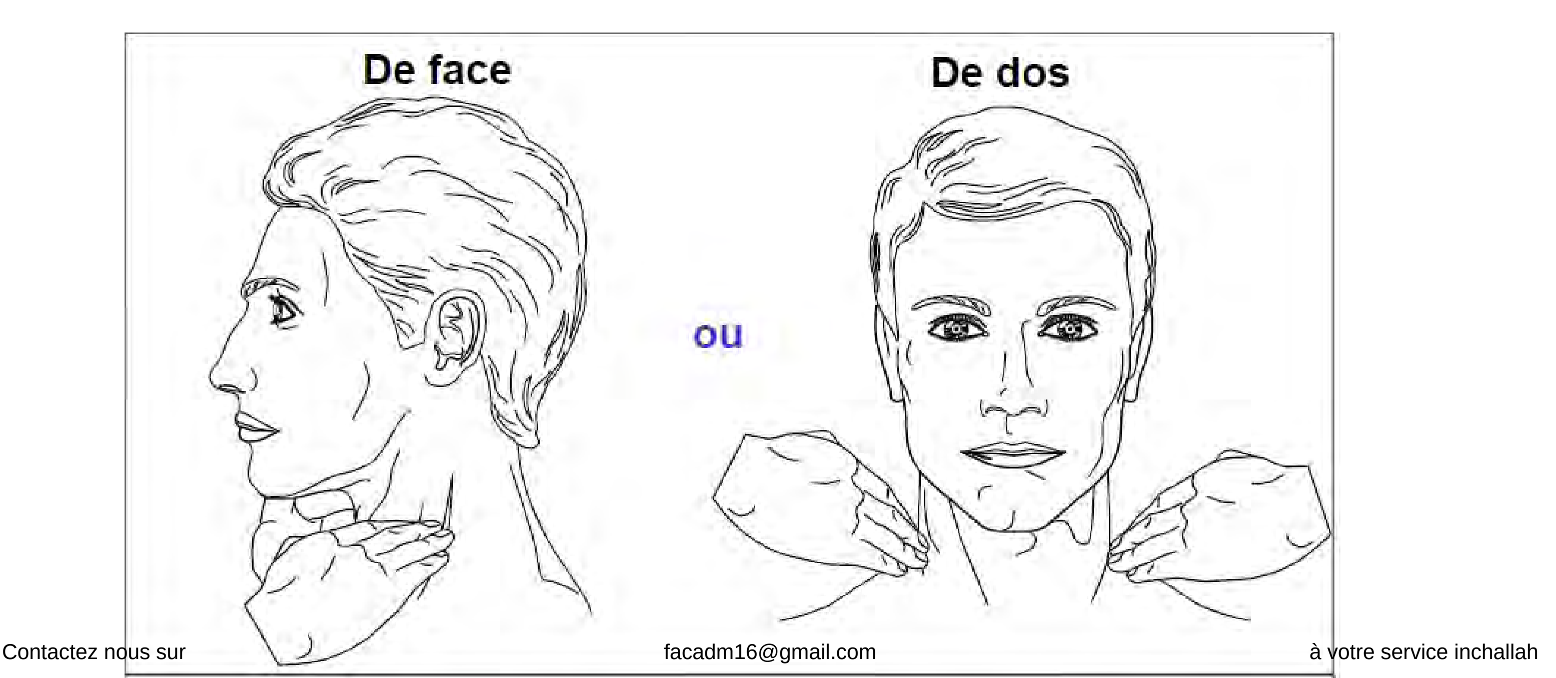


Examen des ganglions de la tête et du cou

- Palpation des 2 côtés simultanément de face ou de dos, sur le patient assis, cou dégagé

- **Technique d’examen**

- Utiliser les bouts des doigts
- Appliquer une pression et tourner les bouts des doigts dans les aires ganglionnaires
- Les ganglions cervicaux sont souvent tuméfiés en réponse à des infections des voies aériennes supérieures.



Ganglion sous-mentonnier

- Palpation sur la ligne médiane en exerçant une pression ferme et en roulant le bout du doigt en arrière de la partie antérieure du maxillaire inférieur





Examen des ganglions sous-maxillaires

- Doigts en crochet vers le haut, sous le maxillaire inférieur, tête penchée en avant

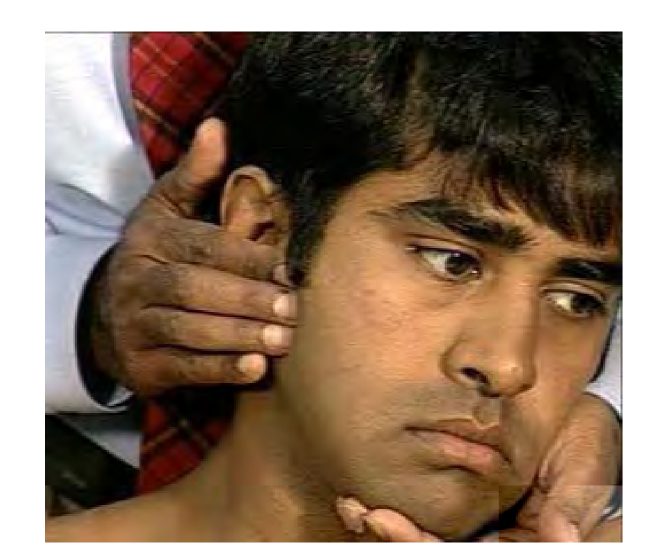








Pré-tragien



Jugulo-carotidiens

Palpation bilatérale en pinçant doucement le sterno-léidomastoïdien





Ganglions sus-claviculaires

- Palpation de l'aire sus-claviculaire derrière la clavicule





Palpation des ganglions axillaires

- **Ganglions axillaires :** Drainent sein, membre supérieur et paroi thoracique

- **Ganglions épitrochléens:** Drainent main et avant-bras



Technique d'examen

- En position assise, main droite patient sur l'épaule gauche de l'examinateur, celui-ci explore l'aire axillaire à l'aide de la main gauche.

- Ou le bras en abduction, en saisissant le poignet du patient de la main droite et en examinant à l'aide de l'autre main.





Ganglions inguinaux et retrocruraux

- **Ganglions inguinaux** : drainent
  les membres inférieurs, la partie inférieure du tronc, organes génitaux externes, le périnée et l'anus

- Méthode d'examen :

- Patient en décubitus dorsal, membre inférieur en rotation externe palpation du triangle de Scarpa, bouts des doigts à plat.
- Palpation le long de l'arcade crurale *(Ggl. Inguinaux)*
- Palpation le long de la veine saphène interne *(Ggl. Cruraux)*

Toujours décrire les caractères des ganglions

- Siège
- Nombre
- Taille
- Mobilité *(par rapport aux plans adjacents)*
- Sensibilité
- Consistance (*élastique, dure, fluctuante)*
- Aspect de la peau en regard
- Et caractère compressif

Diagnostic différentiel

- Lipome
- Kyste sébacé
- Fibrome
- Neurinome

} **cervicales**

- Hernie
- Tumeur vasculaire (battement et souffle)




Abcès cou


Kyste thyréoglosse



Adénopathie(s) : diagnostic clinique



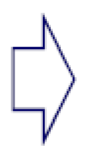
- siège
- circonstances d'apparition (interrogatoire)
- contexte



- caractéristiques cliniques
  - taille ?
  - consistance ?
  - signes inflammatoires (périadénite)?
  - mobilité / fixité par rapport aux plans profonds ?
  - signes compressifs



- autres aires ganglionnaires superficielles : adénopathie isolée ou polyadénopathie ?
- présence d'une splénomégalie ?



adénopathie isolée : rechercher une lésion infectieuse ou tumorale dans le territoire de drainage (+++)

Diagnostic d'une adénopathie superficielle isolée

siège	*rechercher une lésion infectieuse ou tumorale au niveau de :*
cervical	sphère ORL, cavité buccale thyroïde cuir chevelu
axillaire	membre supérieur sein
inguinal	membre inférieur organes génitaux externes : pénis, scrotum, vulve région anale
sus-claviculaire	médiastin, bronches étage sous-diaphragmatique : tube digestif testicule

Explorations des aires ganglionnaires profondes

imagerie conventionnelle

sus-diaphragmatique

- cliché thoracique
- scanner thoracique

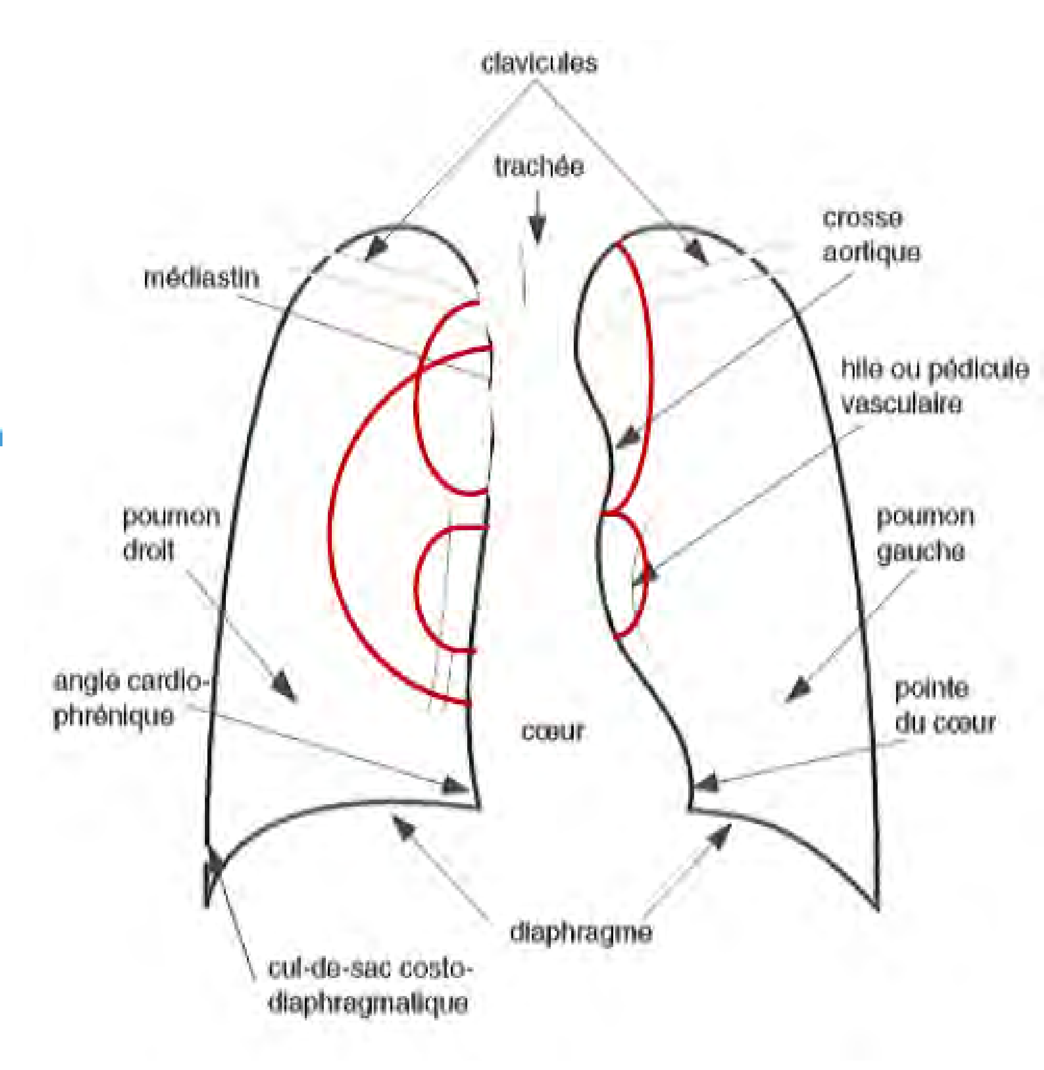
sous-diaphragmatique

- échographie (limites)
- scanner abdomino-pelvien
- lymphographie : obsolète

imagerie « fonctionnelle »

sus et sous-diaphragmatique

- scintigraphie au citrate de gallium
- PET-scan (18-deoxyfluoroglucose)



Approche diagnostique d'une adénopathie

contexte : signes infectieux
caractéristiques cliniques : siège, localisée / généralisée, symétrie ? } cf.

⇨ PAS d'investigation si éléments rassurants

⇨ diagnostic différentiel

région cervicale :	kyste, anévrysme carotidien, lipome nodule thyroïdien, côte cervicale
région axillaire :	prolongement axillaire
région inguinale :	hernie

⇨ biologie : VS, hémogramme, sérologie VIH, électrophorèse des protides
sérologies : toxoplasmose, griffe du chat, MNI-test et VIH

⇨ cytoponction (orientation) puis biopsie ganglionnaire si nécessaire

Prélèvement ganglionnaire

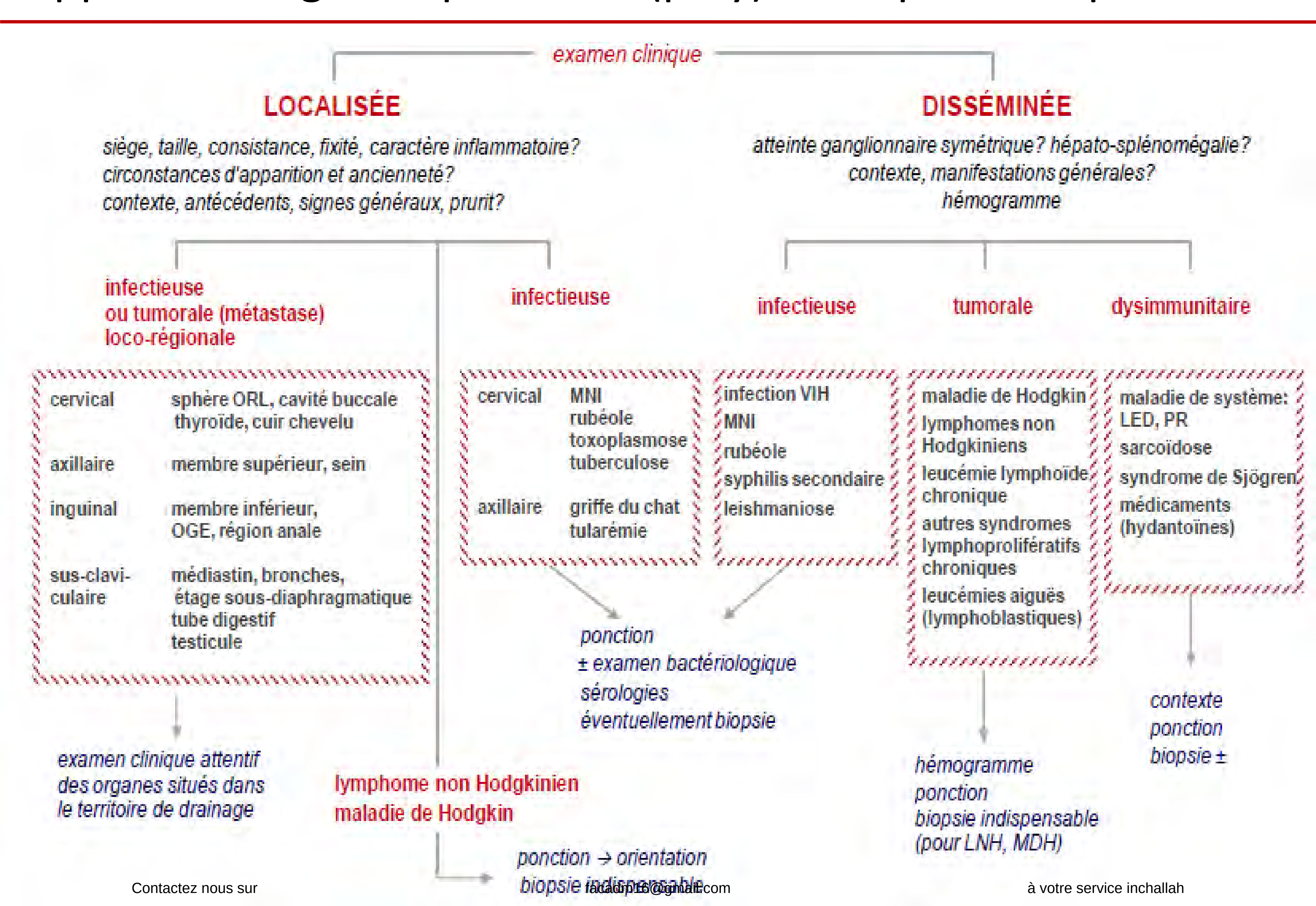
- choix du ganglion à biopsier *(« ne pas laisser faire le chirurgien »)*

- biopsie à l'aiguille sous contrôle de l'imagerie si adénopathie(s) profonde(s)

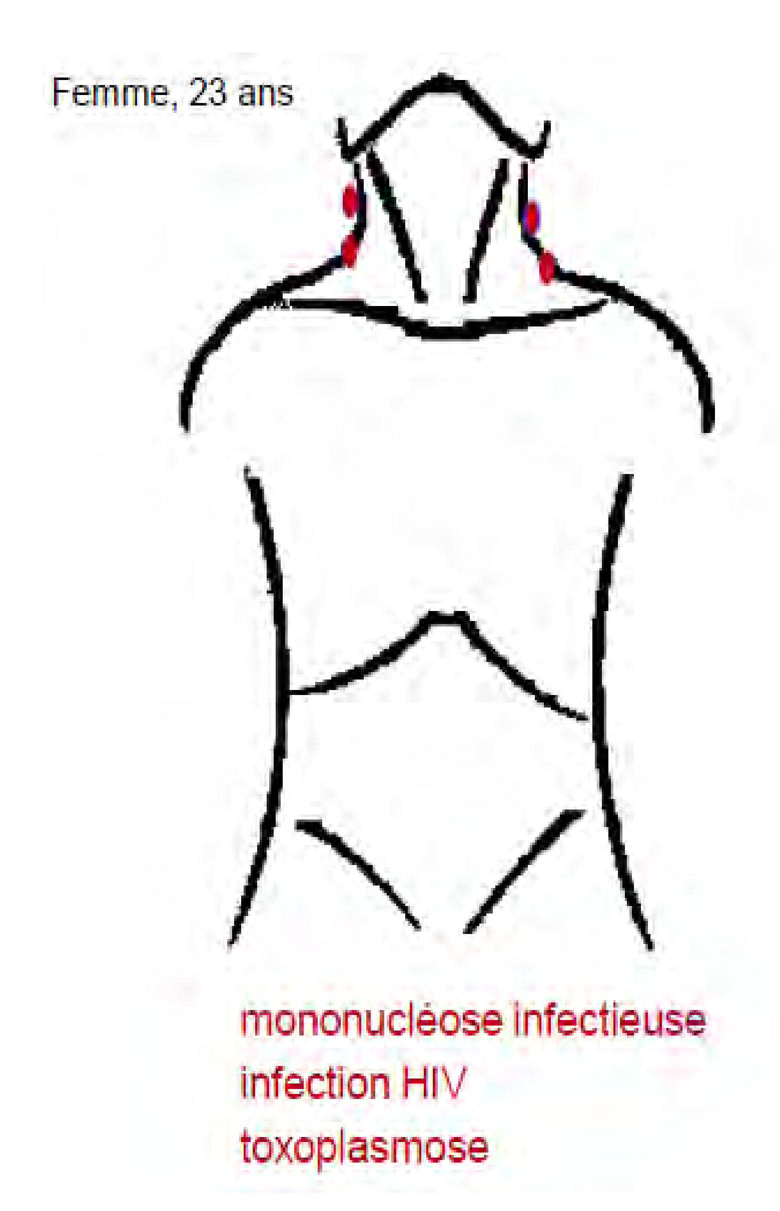
- prélèvement de taille suffisante

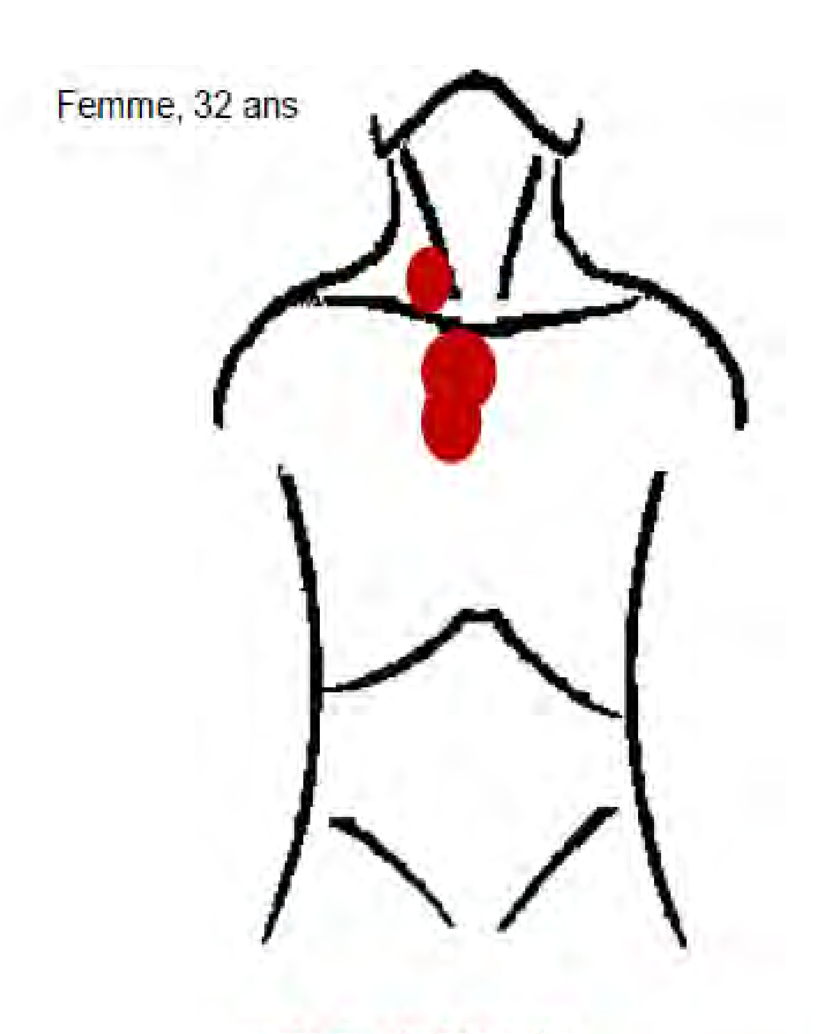
- le ganglion (ou prélèvement à l'aiguille) doit parvenir rapidement au laboratoire d'anatomie pathologique à l'état frais (et non pas déjà fixé)
  - appositions
  - fixation dans le formol ou AFA (plus de Bouin) → histologie
  - congélation : biologie moléculaire, immunohistochimie,
  - étude bactériologique
  - cytogénétique

Approche diagnostique d’une (poly)adénopathie superficielle

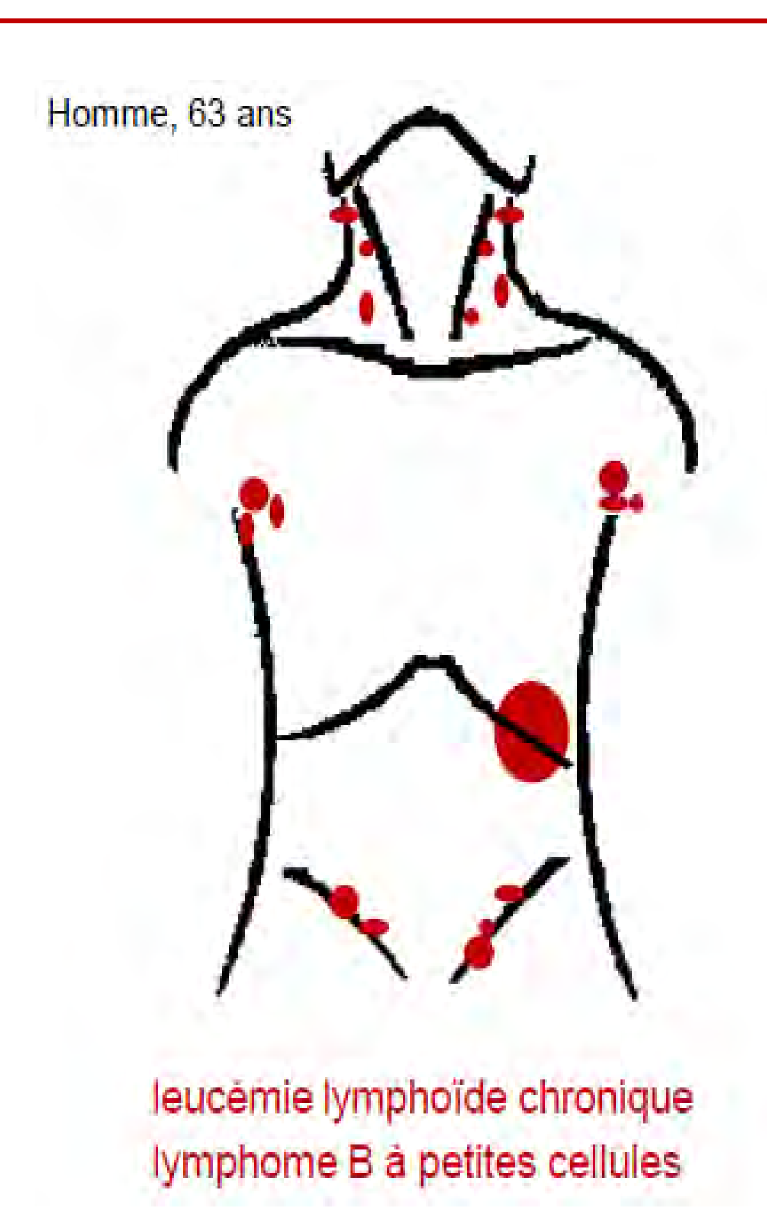


Orientation diagnostique en fonction du siège / âge





Orientation diagnostique en fonction du siège / âge



Homme, 48 ans

maladie de Hodgkin

lymphome B à grandes cellules

À retenir

- Un ganglion tuméfié doit faire examiner le territoire qu'il draine
- Les ganglions fermes suggèrent une inflammation
- Les ganglions durs et fixes suggèrent une métastase
- Retenez que vous devez être capables de rouler un ganglion dans 2 directions —up and down, and side to side — un muscle ou un vaisseau n'ont pas cette propriété.

SPLÉNOMÉGALIE

Rate normale : 150 à 250 grammes, non palpable

TOUTE RATE PALPABLE CHEZ L'ADULTE EST PATHOLOGIQUE

Rôle de la rate

- siège mineur de l'hématopoïèse pendant la vie fœtale
- stockage : ≈ 30% du pool plaquettaire
- synthèse des anticorps (IgM surtout) lors de la réponse immunitaire primitive
- phagocytose des particules étrangères et des globules rouges anormaux
- élimination des débris cellulaires (corps de Jolly)

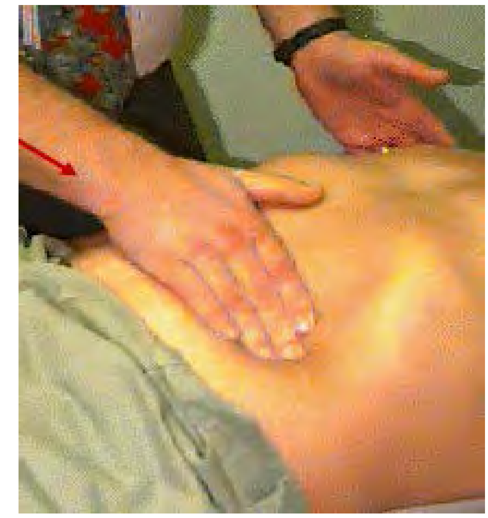
Mécanismes

- Augmentation de la cellularité (macrophages, lymphocytes)
- Augmentation de la pression dans le système porte
- Séquestration splénique des globules rouges
- Métaplasie myéloïde
- Prolifération cellulaire maligne (le plus souvent lymphoïde)
- Surcharge (maladies métaboliques)
- Maladies granulomateuses

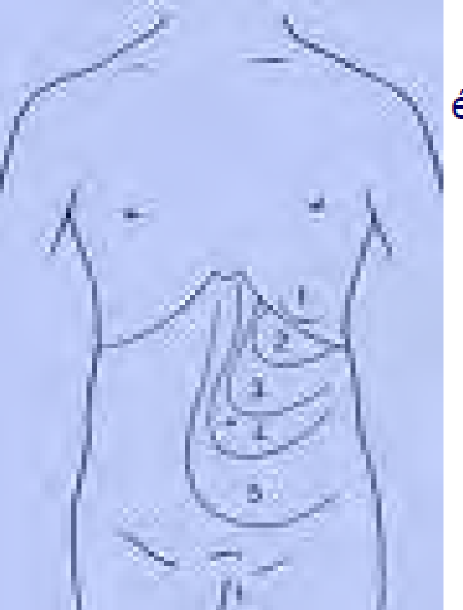
Diagnostic d'une splénomégalie

circonstances de découverte

- douleurs, pesanteur de l'hypochondre gauche
- anomalie(s) de l 'hémogramme (du à l'hypersplénisme)
- recherche systématique d'une splénomégalie dans un contexte où sa présence peut apporter un élément diagnostique supplémentaire



le diagnostic de splénomégalie est clinique



éventuellement aidé de l'imagerie

échographie / scanner

taille, structure
foie ? hypertension portale ?
adénopathies profondes ?

diagnostic différentiel avec tumeurs de voisinage



Diagnostic d'une splénomégalie

Approche diagnostique

- contexte : âge, origine ethnique, lieux de séjours
- présence d 'un tableau infectieux
- coexistence d'adénopathies superficielles ou profondes
- données de l'hémogramme
- existence de signes d'hypertension portale
- profil protidique sanguin : hyper/hypogammaglobulinémie ? pic monoclonal ?

Etiologies multiples dominées par :

- les causes infectieuses : bactériennes, virales, parasitaires
- l'hypertension portale
- les diverses affections hématologiques : anémies hémolytiques, syndromes lymphoprolifératifs et myéloprolifératifs
- maladies inflammatoires et de surcharge

Splénomégalie : Diagnostic différentiel

- Tumeur colique de l'angle gauche
- Gros rein tumoral
- Tumeur de la queue du pancréas
- Tumeur du lobe hépatique gauche
- Tumeur de la surrénale gauche
- Tumeur du mésentère



masse de l'hypochondre gauche

NFS = hypersplénisme
(thrombopénie modérée)

splénomégalie

ORIENTATION

âge, origine ethnique, lieux de séjour?
tableau infectieux?
hépatomégalie? signes d'hypertension portale?
polyadénopathie?
hémogramme?
électrophorèse des protides sanguins?
imagerie de la rate: échographie, scanner

contexte infectieux

septicémie à pyogènes
endocardite lente (mal. d'Osler)
brucellose, typhoïde
tuberculose hématopoïétique

MNI, hépatite virale
HIV (ARC)
paludisme
leishmaniose (kala-azar)
trypanosomiase

isolée

étude phénotypique lymphocytes sanguins, biopsie médullaire, biopsie hépatique

lymphome splénique
maladie de surcharge: Gaucher
tumeur primitive de la rate
"idiopathique"

pas de diagnostic

discuter splénectomie à visée diagnostique

associée à une (poly)adénopathie

maladie de Hodgkin
lymphome non Hodgkinien
maladies virales: MNI, VIH
maladie de système: LED, PR, sarcoïdose, maladie périodique

hypertension portale

cirrhose alcoolique, post-hépatitique, CBP
bilharziose, maladie de Wilson,

Budd Chiari, insuffisance cardiaque

thrombose ou atrésie veine porte
HTP segmentaire (pancréas)

hémogramme pathologique

"lymphocytose"	LLC et autres sd lymphoprolifératifs chroniques leucémie à tricholeucocytes lymphome splénique à lymphocytes villeux
myélémie	sd myéloprolifératif: LMC, SMM
polyglobulie	maladie de Vaquez
hyperhémolyse	anémies hémolytiques - acquises: AH auto-immunes - congénitales: hémoglobinopathies,microsphérocytose
blastes	leucémies aiguës (lymphoblastiques surtout)

Conséquences d'une splénomégalie

⇨ hypersplénisme

- lié à la séquestration splénique anormale des hématies et des leucocytes et accrue pour les plaquettes
- se traduit par une (des) cytopénie(s) modérée(s) sans conséquence propre

⇨ hémodilution

fausse anémie (intérêt éventuel de la masse sanguine)

⇨ hypertension portale

⇨ diminution des taux de facteur V et de cholestérol

À retenir

- Reconnaître une splénomégalie est **aisée (clinique)**
- Toute splénomégalie est **pathologique**
- Le **contexte clinique** ,le **bilan biologique** et l'i**magerie** orientent le diagnostic
- L'étiologie est **variées**